Aus der Universitätsfrauenklinik in Heidelberg
Vorstand: Prof. Dr. Runge

STANFORD UNIVERSITY
MAR
8
1938
LIBRARY
Lane Medical Library

Über das primäre Tubencarcinom

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät der Ruprecht-Karl-Universität zu Heidelberg

vorgelegt von

Joachim Diesing
aus Zens

Druck von Hoffmann & Reiber . Görlitz
1937

Gedruckt mit Genehmigung der
Med. Fakultät der Universität Heidelberg

Referent: Doz. Dr. Kleine
Dekan: Prof. Dr. H. Runge

1937

Im Gegensatz zu dem überaus häufigen Auftreten primärer Carcinome an den übrigen weiblichen Genitalabschnitten ist das primäre Tubencarcinom sehr selten. Der erste mikroskopisch einwandfrei belegte Fall wurde 1886 von Orthmann veröffentlicht. Er führte aus der bisher über das primäre Tubencarcinom erschienenen Literatur dreizehn Fälle an, die seiner Meinung nach trotz Fehlens einer mikroskopischen Diagnose nach dem klinischen Gesamtbild als primäre Tubencarcinome anzusprechen seien. Nachdem so der Anstoß zur genauen mikroskopischen Untersuchung aller Tubenerkrankungen gegeben war, stieg die Zahl der Veröffentlichungen von Jahr zu Jahr schneller. Haupt erwähnt 1933 bereits 321 ihm aus der Literatur bekannte Fälle. Nach dieser Zusammenfassung erschienen bisher weitere 18 Fälle: Haupt 3, Smith 2, Mönch 1, Kaplan 2, Bompiani 1, Cöster 1, Danckwardt 1, Ssilani 1, McGlinn und Harer 1, Norris 2, Zacho 1, Aschheim 1, Derichsweiler 1. Hinzufügen können wir vier Fälle aus der hiesigen Klinik, über die wir eingehender berichten wollen.

Auf Grund der bisher erschienenen Veröffentlichungen können wir uns ein ziemlich genaues Bild über das primäre Tubencarcinom machen. Am häufigsten tritt es auf bei Frauen nahe dem Klimakterium. Erkrankungsfälle in früherem Alter sind selten (Veit 27 Jahre, Haselhorst 27, Holland 26). Holland berichtet über 189 Fälle, von denen 90 im Alter von 40 bis 50 Jahren, eine Frau 73 und eine andere 26 Jahre alt waren. Wlassow führt 21 Fälle an: sieben im Alter von 30 bis 40 Jahren, elf im Alter von 41 bis 50 Jahren, drei im Alter von 51 bis 60 Jahren.

Das einseitige Tubencarcinom ist doppelt so häufig wie das beiderseitige. Bei den einseitigen Fällen ist vorwiegend die

rechte Tube ergriffen. Peham sucht die Ursache hierfür in den Erkrankungen des Blinddarmes und den von diesen fortgeleiteten einseitigen pelveo-peritonealen Erkrankungen.

Bei dem Versuch, die Ätiologie des primären Tubencarcinoms zu erklären, wird den chronischen Entzündungen größter Wert beigelegt. Sänger, Barth und andere Autoren behaupteten, das Carcinom könne allein auf dem Boden einer alten Salpingitis entstehen. Dafür spreche der häufig erhobene Befund entzündlicher Veränderungen der Tube bei Fällen von Carcinom. Als weitere Stütze dieser Theorie wird die Sterilität vieler an Tubencarcinom erkrankter Frauen angeführt. Holland berichtet von 206 Fällen: 100 hatten eine normale Schwangerschaft gehabt (darunter 43 nur einmal), 13 hatten abortiert, 48 waren steril, eine war Virgo, über die anderen liegen keine Angaben vor. Gegen die Entzündung als ätiologisches Moment spricht die Tatsache, daß viele Fälle von Tubencarcinom beschrieben worden sind, bei denen jedes Zeichen entzündlicher Veränderungen an den Tuben fehlte. Dann spricht das Überwiegen der Einseitigkeit des Carcinoms (zwei Drittel aller Fälle) sehr stark gegen die entzündliche Genese. Auch steht die Häufigkeit des Carcinoms in gar keinem Verhältnis zu der der Salpingitiden. Holland berichtet aus der Klinik von Mayo bei 10 000 entfernten Tuben von neun primären Tubencarcinomen, Novak bei 12 000 Tuben von fünf und Norris bei 2000 Tuben von einem primären Tubencarcinom (0,05 %).

Bei der Betrachtung der Ätiologie des primären Tubencarcinoms ist wohl die Ansicht Haupts richtig, der sagt: „Das wichtigste Argument gegen die Auffassung, daß die Entzündung den Krebs verschuldet, ist nicht allein der Vergleich der hohen Frequenz der Salpingitis mit der geringen des Eileiterkrebses, sondern die Erwägung, daß wir ja über die Beziehungen der Entzündungen zur Krebsbildung auch in anderen Organen so gut wie gar nichts wissen. Und es geht wohl kaum an, daß wir uns für die Tube Kenntnisse anmaßen, die wir für die allgemeine Pathologie nicht besitzen."

Am häufigsten sitzt das Carcinom im abdominellen Teil der

Tube, selten im uterinen Drittel. Durch den Tumor wird die Tube allmählich stark aufgetrieben. Sie nimmt oft die Form einer Wurst oder einer Retorte an, auch die Form eines Ballons ist beschrieben worden. Der häufig nicht verdickte isthmische Teil wirkt dann wie ein Stiel. Die Konsistenz ist meistens prall elastisch, zuweilen derb knotig, bei medullärem Krebs weich. Angefüllt ist die erkrankte Tube mit weichen, krümeligen Massen oder mit einer dünnen fleischwasserfarbenen Flüssigkeit. Die Größe des Tumors schwankt zwischen Haselnuß- und Mannskopfgröße.

Allgemein ist man der Ansicht, daß die Schleimhaut der Tube der Ausgangspunkt für das Carcinom ist. Cornil, Mosinger, Imbert und Harvey schreiben 1933 über die Histogenese des primären Tubencarcinoms, daß sich theoretisch drei histogenetisch verschiedene Tumoren unter den Epitheliomen der Tube unterscheiden lassen:

1. aus dem ortsgehörigen Epithel der Tube mit zwei Wachstumsformen, der endophytischen und der exophytischen,
2. das „metaplastische" entstanden aus Endometriosen,
3. aus Wolffschem Epithel entstandene dysembryo-genetische Epitheliome.

Die Verfasser glauben diese theoretischen Annahmen durch einige selbstbeobachtete Fälle sichern zu können. Sie betonen aber, daß bei fortgeschrittenen Stufen des Neoplasma die Bestimmung der Histogenese nicht mehr möglich sei.

Histologisch besteht das primäre Tubencarcinom aus Zylinderzellen. Oft findet sich auch weitgehende Polymorphie: runde und polygonale Zellen und entsprechende Variationen der Kernformen. Man unterscheidet drei Formen des primären Tubencarcinoms:

1. Die papilläre,
2. Die adenomatöse,
3. Die papillär-adenomatöse.

Die papilläre wird als Ausgangsform angesehen und ist daher selten rein beobachtet worden. Die papillär-adenomatöse

Form kommt am häufigsten vor. Oft tritt zentral in den Geschwulstmassen nekrotischer Zerfall auf und damit verbunden Vacuolenbildung, fettige und hyaline Degeneration bis zur völligen Nekrose.

Als einziger beschreibt Orthmann 1907 einen Fall von primärem Plattenepithelkrebs der Tube, wobei er das Plattenepithel als durch Metaplasie infolge chronisch entzündlicher Prozesse aus dem Zylinderepithel der Tube entstanden erklärt. Über das Schicksal der Patientin wird leider nichts mitgeteilt. Es dürfte demnach nicht erwiesen sein, ob es sich in diesem Falle wirklich um ein primäres Tubencarcinom handelt.

Die papilläre Form zeigt häufig noch kein Eindringen des Carcinoms in die Tubenwand, da es sich um Frühformen handelt. Bei fortgeschrittenen Fällen sehen wir ein ebenso fortgeschrittenes Wachstum wie bei anderen Krebsarten. Dem Durchbruch durch die Tubenwand geht meistens eine metastatische Ausbreitung auf dem Lymphwege voraus. Häufig werden die Ovarien und der Uterus ergriffen. Doch finden sich auch Metastasen in den regionären Lymphdrüsen (Lymphoglandulae hypogastricae, iliacales, lumbales, sacrales et inguinales), im Magen und Darm, Blase, Vagina, Rektum, Leber, Appendix, Dünndarm, Zwerchfell, Haut der Bauchdecken, Lunge, Septum rectovaginale (vgl. Kehrer, Dietrich und andere).

Zu Implantationsmetastasen kommt es durch das offene Tubenostium bzw. nach erfolgter Wiedereröffnung des verschlossenen abdominalen Endes oder nach Durchbrechung der Tubenwand. Diese Implantate wachsen vorwiegend exophytisch. Auch eine Ausbreitung per contuitatem in den Uterus kommt vor, oder es lösen sich Krebspartikelchen und gelangen durch die Pars intermuralis in das Cavum Uteri.

Ruge denkt an die Möglichkeit eines hämatogenen Transports.

Das klinische Bild des primären Tubencarcinoms zeigt keine charakteristischen Abweichungen von den Symptomen anderer Tubenerkrankungen. Als häufigste Symptome kann man anführen: Schmerzen von wehenartigem Charakter im

Frühstadium. Man faßt sie als Kontraktion der gespannten Tubenwand auf, die den Fremdkörper auszustoßen versucht. Später auftretende Schmerzen werden durch den Druck des Tumors auf Rektum und Blase verursacht. Oft lassen Adhäsion und Druck auf die Beckennerven den Schmerz in die Oberschenkel-, Kreuzbein- und Rückengegend ausstrahlen. Manchmal findet sich ein seröser Ausfluß, der auch in Form einer Pyosalpinx profluens oder eines Hydrops Tubae profluens auftreten kann. Er ist gelb bis blutwasserfarben. Ein dem Klimakterium nahestehendes Lebensalter und das Fehlen von Veränderungen, die für eine entzündliche Affektion sprechen, können weiter als Stütze für die Diagnose dienen. Alle diese Symptome haben aber nichts ausschließlich für das Tubencarcinom Typisches, und so ist die Diagnosestellung fast unmöglich. In der Tat ist die Diagnose nur in sehr wenigen Fällen vor der Operation gestellt worden.

Entsprechend der Schwierigkeit in der Diagnosestellung ist die Prognose sehr ungünstig, da fast nur fortgeschrittene Fälle zur Operation kommen. Zudem gilt das Tubencarcinom als besonders maligne.

Es übertrifft an Bösartigkeit fast alle Uteruscarcinome. Die Ursache dafür liegt in der Dünnwandigkeit der Eileiter und der doppelten Ausbreitungsmöglichkeit auf dem Lymphwege. Es schreitet bald wie das Corpuscarcinom nach den Glandulae lumbales superiores et inguinales fort, bald greift es wie das Cervixcarcinom auf die Glandulae iliacae externae, hypogastricae et sacrales über. So ist es erklärlich, daß nur wenig Dauerheilungen bekannt wurden. Haupt berichtet von nur sechs Heilungen bei 321 Fällen (1931), die ihm aus der Literatur bekannt sind. Seitdem wurden bei weiteren 18 Fällen zwei Heilungen veröffentlicht (Haupt 20 J., Aschheim 6½ J. rezidivfrei).

Nach den bisherigen Erfahrungen kommt als Therapie des primären Tubencarcinoms nur die frühzeitige Totalexstirpation des Uterus mit den Adnexen und nachfolgender Röntgen- und Radiumbestrahlung in Frage.

Wir lassen nun die Fälle von primären Tubencarcinomen folgen, die in der hiesigen Klinik beobachtet wurden.

Fall 1:

Frau E. H. Die 27jährige Nullipara kommt in die Klinik, weil sie seit einem Jahr Schmerzen im Unterleib hat, besonders stark beim Stuhlgang. Der Stuhl ist oft mit Blut untermischt.

Menarche mit 20 Jahren, Menses vierwöchentlich. Fünf Tage anhaltende starke, schmerzhafte Blutung. Kein Partus, kein Abortus. Vor drei Jahren traten Schmerzen im Unterleib auf, die drei Monate anhielten. Sonst nie krank gewesen.

Die Patientin befindet sich in sehr gutem Allgemeinzustand. Gynäkologischer Befund: Portio glatt, zapfenförmig. Uterus klein, anteflektiert. Links vom Uterus und hinter demselben liegt ein billardkugelgroßer, derber, wenig verschieblicher Tumor, der tief ins Becken hinabreicht.

Laparotomie: Nach Eröffnung des Peritoneums zeigt sich ein mannsfaustgroßer, cystischer, linksseitiger Ovarialtumor, der mit seiner Umgebung fest verwachsen ist. Die linke Tube zieht über ihn hinweg und ist ebenfalls mit ihm verwachsen. Es gelingt, den Tumor größtenteils stumpf herauszuschälen. Der Tumor wird dann über Klemmen zusammen mit der Tube abgetragen. Die rechte Tube ist fingerdick, verschlossen und mit der Umgebung verwachsen. Sie ist nicht durchgängig und wird deshalb ebenfalls entfernt. Peritonealisierung der Stümpfe.

Die histologische Untersuchung (6 951) ergibt: Tuboovarialcyste links. Doppelseitiges Adenocarcinom der Tuben von niederer Reife. Der Tumor war zur Zeit der Operation operabel. Glatter Wundverlauf.

Am 7. November 1921 (zwei Monate post operationem) klagt Patientin über Beschwerden im Leib. Die Untersuchung ergibt nichts Pathologisches.

Exitus letalis neun Monate post operationem infolge von örtlichen Rezidiven.

Fall 2:

Frau A. E., 53jährige Patientin in mäßigem Allgemeinzustand. Sie hat seit einem halben Jahr verstärkten Urindrang. Seit vier Wochen Schmerzen beim Wasserlassen, Fremdkörpergefühl im Unterbauch, Rückenschmerzen.

Menarche mit 13 Jahren. Menses vierwöchentlich, 8 Tage anhaltend, stark, am letzten Tag schmerzhaft. Seit sieben Jahren Menopause. Kein Partus, zwei Abortus (mens 4, mens 2).

Gynäkologischer Befund: Geringer Descensus der vorderen Vaginalwand. Vagina fleckig gerötet. Man tastet einen Tumor von unregelmäßiger Gestalt und prall elastischer Konsistenz. Er füllt das Becken aus und reicht bis zur Nabelhöhe. Vor dem Tumor liegt der Uterus unmittelbar hinter der Symphyse. Adnexe sind nicht zu fühlen. Druckschmerz links.

Laparotomie: Nach Eröffnung des Peritoneums liegt ein cystisches Gebilde vor, auf dem das Netz adhärent ist. Das Netz wird scharf an seinen fixierten Stellen durchtrennt und durch Umstechungen versorgt. Es gelingt allmählich, den cystischen Tumor, der bis auf den Beckenboden reicht, herauszuschälen. Bei dieser Manipulation reißt die Wand ein, und es ergießt sich eine bräunlich-gelbliche seröse Flüssigkeit. Nach und nach dringt man in die Tiefe vor und findet den senilatrophischen Uterus. Der cystische Tumor bzw. seine Wandteile sitzen dem Rektum breitbasig auf. Nach der Durchtrennung der Verbindung bleibt auf dem Rektum eine Leiste von Tumorgewebe sitzen, da sie nur unter großer Schädigung desselben entfernt werden könnte. Über Klemmen werden jetzt die rechten Adnexe, die zusammen verbacken sind, abgetragen. Der Prozeß greift bereits auf Blase und Uterus über, so daß eine Totaloperation wegen der Unmöglichkeit, die Blase abzuschieben, unterbleiben muß. Die linken Adnexe sind unverändert. Die Appendix ist frei. Im Abdomen ist wenig Ascites. Operation: Herausnahme von Tube und Ovar rechts.

Mikroskopischer Befund (10 144): Die äußere Tubenwand ist intakt. Die Schleimhautfalten zeigen eine Mehrschichtung des Epithels. Unter Berücksichtigung des Operationsbefundes (keine primären Herde im Magendarmtraktus) ist wohl ein primäres Tubencarcinom anzunehmen. Es handelt sich um ein teilweise solid, teilweise papillär wachsendes Carcinom.

Patientin erholte sich überraschend gut. Entlassen am 12. September 1926 mit einem Gewicht von 54 Kilogramm. Röntgennachbestrahlung.

Am 23. Juli 1927 Nachuntersuchung: Gutes Aussehen, kein Anhalt für ein Rezidiv. Gewicht 59 Kilogramm.

Am 7. Dezember 1930 (4½ Jahre post operationem): Exitus letalis. Metastasen der paraortalen Lymphdrüsen. Lebermetastasen.

Fall 3:

Frau L. H. Die 51 jährige Frau befindet sich in schlechtem Allgemeinzustand. Seit vier Monaten hat sie Schmerzen im Leib. Es soll eine Leberschwellung bestanden haben. Jetzt wird eine Uterusgeschwulst vermutet. Der Leib ist dicker geworden. Abmagerung im Gesicht. Zeitweise Schmerzen und Völlegefühl im Leib. Urindrang. Stuhl regulär.

Menses früher regelmäßig vierwöchentlich, 3—4 Tage anhaltend. Seit acht Monaten Menopause. Partus 4, spontan, letzte vor 24 Jahren. Abortus 0. Als Kind an unbekannter Ursache operiert. Vor 25 Jahren „unterleibsleidend", wurde mit Tampons behandelt.

Gynäkologischer Befund: Uterus anteflektiert, dick. Links daneben und dahinter nicht ganz frei bewegliche Knollen, rechts desgleichen. Freier Ascites in der Bauchhöhle.

Laparotomie: Sofort bei der Eröffnung der Bauchhöhle fließt eine ziemliche Menge Ascites ab. Nach Abfluß desselben sieht man den Uterus anteflektiert liegen. Beiderseits große Adnextumoren. Am linken Adnextumor ist das Netz verbacken. Es wird zunächst links der Adnextumor gelöst. Hierbei wird das Sigmoid, welches als solches nicht erkannt wurde, ober-

flächlich verletzt. Die Entwirrung des Adnextumors ergibt links einen Tuboovarialabsceß bröckeligen Inhalts, der zunächst als Tuberkulose angesprochen wird. Als aber der Inhalt des rechten Adnextumors carcinomatöse Massen ergibt, wird zur Radikaloperation geschritten. Diese kann jedoch insofern nicht „radikal" sein, da das Peritoneum mit Knötchen übersät ist. Nach Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes wird die Portio in typischer Weise herausluxiert und der Uterus mit den Adnexen abgetragen. Dann wird das Becken peritonealisiert. Operation: Exstirpation des Uterus und der Adnexe bei Carcinom ausgehend von den Tuben?

Histologische Diagnose (10 218): Es handelt sich beiderseits um ein papilliformes Carcinom der Tube. Röntgenbestrahlung.

14. Oktober 1926 (drei Monate post operationem). Äußerer Befund: Der Leib ist faßförmig aufgetrieben. In der Mitte tympanitischer Klopfschall. Vaginal: Ziemlich harte Resistenzen fühlbar, die im kleinen Becken sitzen, aber nicht über das Niveau der oberen Beckenpartien hinaufreichen.

Es wird in der Mittellinie eine ganz kleine Inzision gemacht durch die äußeren Decken und dann mit dem Troikart eingegangen. Es entleert sich reichlich gelblich klarer Ascites.

18. Januar 1927: Patientin kommt zur Bestrahlung. Sehr viel Ascites. Im Chloräthylrausch Punktion mit großem Troikart. Es fließen sechs Liter hämorrhagischer Ascites ab.

19. Januar 1927: Röntgenbestrahlung. Patientin erbricht häufig. Schmerzen in der Magengegend. Am nächsten Tage geht es etwas besser, doch besteht noch Brechreiz.

Exitus letalis: 9½ Monate post operationem.

Fall 4:

Frl. A. K. Es handelt sich um eine 35 jährige Frau in sehr gutem Allgemeinzustand. Menarche mit 13 Jahren. Menses vierwöchentlich, 4—5 Tage. Kein Partus, kein Abortus. Im Februar 1931 operiert wegen einer Nabelhernie unter gleichzeitiger Entfernung des rechten Ovars aus unbekannter Ursache.

15. März 1933: Laparotomie wegen eines Tumors in der Gegend der linken Adnexe. Nach der Eröffnung der Bauchdecken zeigte sich ein kleinapfelgroßer Tumor, der mit dem Ovar nicht verwachsen ist. Da auch sonst nirgends Verwachsungen vorhanden sind, wird nur die linke Tube entfernt.

„Der Tumor ist kleinapfelgroß, von festweicher Konsistenz. Die Oberfläche ist teils grobhöckerig, teils feinwarzig. Die Schnittfläche zeigt unscharf begrenzte markige Knoten und graugelbe Warzen. An einer Stelle ist die Tubenwand in den Tumor eingeschlossen. Mikroskopisch sieht man auf dem herausgeschnittenen Tubenwandstückchen regelrechten Bau der Tubenwandzotten, die ein dichtes gutes Epithel zeigen. An einer Seite finden sich Drüsennester. Die Tubenwand ist von mittlerer Dicke. Ein Stück aus der markigen Stelle zeigt zottigen Bau. Die Zotten bekleidet mehrschichtiges Zylinderepithel, das an der freien Oberfläche großkugelige Form annimmt und großblasige Kerne zeigt, die vielfach Mitosen aufweisen. Das Stroma ist mäßig kernreich und besteht aus spindeligen Bindegewerbszellen. Der papilläre Tumor zeigt sowohl im Stroma wie auch im epithelialen Anteil eine feintropfige Fettinfiltration."

Diagnose: Primäres papilläres Tubencarcinom.

9. Juli 1933: Intrauterine Radiumeinlegung: 3850 mgehl bei 1 mm Platinfilterung. Wohlbefinden. Völlig einwandfreier Tastbefund.

6. Februar 1936: Kein Anhalt für ein Rezidiv.

Zusammenfassung:

Wir berichteten über vier Fälle von primärem Tubencarcinom aus der hiesigen Klinik. Zwei Patientinnen befanden sich in der Menopause, eine war 35 und eine 27 Jahre alt. In zwei Fällen handelte es sich um Nulliparae, eine Frau hatte vier normale Geburten, eine andere hatte zweimal abortiert. Unregelmäßige Blutungen und Fluor bestanden in keinem Fall. In zwei Fällen war die Tube fingerdick auf-

getrieben, einmal war der Tumor apfelgroß, und einmal war er mit einer mannskopfgroßen Ovarialcyste verschmolzen. In einem Fall wurde nur die linke Tube entfernt. Einmal wurde die rechte Adnexe herausgenommen. Einmal wurde die rechte Tube und die linken Adnexe entfernt, und in einem Fall wurde die Radikaloperation durchgeführt. Der Tumor hatte in zwei Fällen bereits Metastasen gesetzt, in den beiden andern erschien er bei der Operation als durchaus operabel. Nach der Operation wurde in allen Fällen eine Röntgennachbestrahlung vorgenommen. In einem Fall wurde außerdem eine postoperative intrauterine Radiumbestrahlung durchgeführt. In drei Fällen erfolgte Exitus letalis infolge von Rezidiven oder Metastasen (in zwei Fällen 9 Monate und einmal 4½ Jahre post operationem). Der letzte Fall bot bei der letzten Untersuchung (fast 3½ Jahre nach der Operation) keinen Anhalt für ein Rezidiv.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem Referenten, Herrn Privatdozent Dr. Kleine, für die Überlassung des Themas und die freundliche Unterstützung, die ich jederzeit fand, meinen Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis

Bompiani: Ann. Obstetr. 54, ref. Ber. f. Gyn. u. Geb. 24 S. 285.

Cöster: Zur Diagnose des doppelseitigen Tubencarcinoms Ztrbl. f. Gyn. 1933 N 13 S. 746.

Cornil, L., M. Mosinger, R. Imber und R. Harvey: Über eine histiogenetische Einteilung der Tubenepitheliome. Gynéc. et Obstétr. 28, 561—574 (1933) ref. Ber. f. Gyn. u. Geb. 26 S. 400.

Danckwardt: Ein primäres doppelseitiges Tubencarcinom. Monatsschrift f. Gyn. 95 S. 84 (1933).

Dietrich: in: Biologie und Pathologie des Weibes V, I S. 13, herausgegeben von Prof. Dr. J. Halban und Prof. Dr. L. Seitz.

Frankl: Zur Pathologie und Klinik des primären Tubencarcinoms. Zeitschrift f. Gyn. u. Geb. 94 S. 306 (1929).

Haselhorst: Beiderseitiges primäres Tubencarcinom. Ztrbl. f. Gyn. N 41 (1931).

Haupt: Langjährige Heilung eines primären Tubencarcinoms. Ztrbl. f. Gyn. 1933 N 13 S. 742.

Holland: Surg. etc. 51 (1930) ref. Ber. Gyn. 19 S. 552 (1931).

Kahn, E. Milton und S. Norris: Amer. J. Obstetr. 28, S. 393—402 (1934) ref. Ber. f. Gyn. 28 S. 566.

Kehrer: Zur Kenntnis des primären Tubencarcinoms. Mo. f. Geb. u. Gyn. 27 Heft 3.

Nürnberger: im Veit-Stöckel Handbuch der Gynäkologie VII, I S. 679 (1932).

Orthmann: Ein primäres Carcinoma tubae usw. Ztrbl. f. Gyn. 1886 S. 212. Über Carcinoma tubae Ztrbl. f. Geb. (1888) Bd. XV S. 212. Fall von Plattenepithelcarcinom der Tube. Verh. d. deutschen Gesellschaft. f. Gyn. 1907 S. 735.

Peham: Das primäre Tubencarcinom. Zt. f. Heilkunde (1903) XXIV S. 317.

Sänger und Barth: in A. Martins Handbuch der Krankheiten der weiblichen Adnexe.

Smith: Amer. J. Obstetr. 24, 267—270 und 283 ref. Ber. f. Gyn. u. Geb. 23 S. 566.

Speiser: Beiderseitiges primäres Tubencarcinom Ztrbl. f. Gyn. 1931 S. 981.

Ssilani: Ginek. Nr. 1/2 S. 70 (1933) ref. Ber. f. Gyn. u. Geb. 26 S. 401.

Wlassow: Monatsschrift f. Geb. 98, S. 217—222 (1934).

Lebenslauf

Ich wurde als Sohn des Bauern Otto Diesing und seiner Ehefrau Olga, geb. Dänhardt, in Zens am 25. Mai 1913 geboren. Ich besuchte zwei Jahre die Dorfschule und kam dann nach Bernburg a. d. S., wo ich bis zur Reifeprüfung 1931 das Realgymnasium besuchte. Ich studierte dann elf Semester Medizin in Königsberg, Halle, München und Heidelberg. In Heidelberg legte ich meine ärztliche Vorprüfung und mein Staatsexamen ab.